

# تقاضانامه برای مزايا

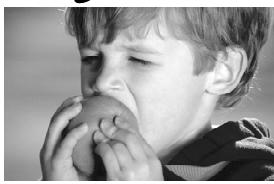
APPLICATION FOR BENEFITS

## سؤالات و جواب ها

اگر برای خواندن این تقادضانامه به کمک احتیاج دارید، لطفاً از منشی برای کمک درخواست کنید.



مساعدde نقدی



مساعدde غذائی



مساعدde پزشکی



مساعدde کلی برای کسانی که  
توانایی کار کردن را ندارند



مراقبت در خانه پرستاران یا  
زندگی همراه دریافت کمک

میتوانید  
مکالمه  
باشند

### س . چگونه برای مزايا تقاضا کنم؟

**ج .** تقادضانامه را پر کنید. آن را به اداره محلی خود تحویل دهید، یا پست کنید.

اگر به کمک احتیاج دارید، در صفحه 2 مربع را علامت بگذارید.

برای شروع به جریان اندختن تقادضانامه، نام و نشانی خود را ذکر کرده آن را امضاء کنید.

اگر نشانی ندارید، متصدی را مطلع سازید.

برای تکمیل فراشد تقادضانامه، صفحات 3، 4 را پر کنید.

### س . مزايل من چه زمانی شروع ميشوند؟

**ج .** برای مساعدت نقدی و پزشکی، مزايا هنگامی شروع ميشوند که شما تمام اطلاعاتی را که ما برای تصميم

گيری در مورد واحد شرایط بودن شما نیاز داریم، ارائه داده باشید.

در مورد غذای ضروری، مزايل شما از روزی که تقاضا میکنید، شروع ميشود.

### س . اگر من فوراً به مساعدde غذائی احتیاج داشته باشم، چه میشود؟

**ج .** سئوالات شماره 1 تا 14 را پر کنید، و آن را به منشی ارائه دهید. اگر در اداره محلی نیستید، شما

میتوانید این تقادضانامه را پست کنید یا به اداره محلی بیاورید.

اگر نکات زیر صادق باشند، شما میتوانید در عرص پنج (5) از تاریخی که تقادضانامه شما را دریافت میکنیم، مساعدde غذائی دریافت کنید:

• مدرک هویت خود را نشان بدهید، و

• خانوار شماره ایامد یا منابع بسیار کمی دارد، یا

• درآمد و منابع خانوار شما برای کرایه ماهیانه و هزینه آب، برق با هم کافی نیستند، یا

• خانوار شما شامل مهاجر تهی دست یا کارگر مزرعه فصلی میباشد.

### س . آیا میتوانم اطلاعات و خدمات ارجاعی را بدست بیاورم؟

**ج .** اگر درآمد شما بالاتر از حد اکثر درآمد ناخالص نیست، (WAC 388-478-0060)، شما اجازه دارید که از اطلاعات

و تارنامه ما برای ارجاع، که اداره خدمات جامعه شما (Your Community Services Office) خوانده میشود،

برای کمک به شما چه پیدا کردن خدماتی که شما و خانواده تان ممکن است نیاز داشته باشید، استفاده

کنید. این تارنامه دارای اطلاعاتی در مورد برنامه های اداره و منابع موجود در جامعه میباشد که میتوانید

از آنها بهره ببرید. برای استفاده از این تارنامه توسط هر کامپیوتری که به اینترنت دسترسی داشته باشد،

به نشانی اینترنتی زیر رجوع کنید: <https://wws2.wa.gov/dshs/onlinecso>

### اطلاعات مهم درباره وضع مهاجرتی و شماره های سوشل سکیوریتی

• شما برای قسمتی از خانواده خود جهت دریافت مزايا میتوانید تقاضا کنید، حتی اگر بعضی از اعضاء خانواده بعلت وضع مهاجرتی ممکن است واجد شرائط نباشند. ایالت واشینگتن دارای بعضی از برنامه های پزشکی برای اشخاصی که شماره سوشل سکیوریتی یا دارای مدرک وضع مهاجرتی نیستند، میباشد.

• اگر به مساعدde نقدی یا مساعدde احتیاج دارید، فقط برای اشخاصی که تقاضا میکنید، لازم است که شماره سوشل سکیوریتی یا وضع مهاجرتی خود را ارائه دهید. شما هنوز بعنوان داوطلبانه میتوانید شماره سوشل سکیوریتی خود را ارائه بدهید و ما فقط برای اطلاعات لازمه جهت تعیین واجد شرائط بودن مانند، درآمد شما از آن استفاده میکنیم. اگر تصمیم بگیرید که شماره سوشل سکیوریتی یا وضع مهاجرتی خود را ارائه ندهید، اگر برای واجد شرائط شدن لازم باشد درآمد و منابع شما هنوز باید تأیید شوند.

اداره کشاورزی ایالات متحده (U.S. Department of Agriculture-USDA) تبعیض را بر اساس عوامل زیر در تمام برنامه ها و فعالیتها ممنوع میسازد: نژاد، رنگ پوست، جنسیت، مذهب، اصل ملیت، یا عقیده سیاسی. اشخاصی که دارای کارافتادگی هستند، و به وسائل متفاوت برای ایجاد ارتباطات اطلاعات برنامه (برل، چاپ درشت، نوار صوتی، وغیره) احتیاج دارند، باید با مرکز USDA TARGET CENTER با شماره 720-2600 (TDD) تماس بگیرند. برای اقدام به شکایت در مورد تبعیض، بانشانی زیر مکاتبه کنید

USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 و یا با شماره تلفن 720-5964 (TDD) (صدا و TDD) تماس بگیرید. یک کارفرما و تأمین کننده با فرصت های مساوی می باشد.



# تقاضانامه برای مزايا

APPLICATION FOR BENEFITS

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	
DATE RECEIVED	INITIALS

اگر برای تکمیل این تقاضانامه به کمک احتیاج داشته باشد، لطفاً این خانه را علامت بگذارید و تقاضانامه را به منشی بدهید.



2. شماره هویت مشتری (اگر وجود دارد)	امضاء (لازم است)	نام خانوادگی	حرف نام وسط	1. نام اول
4. شماره تلفن خانه یا پیغام	کد پستی	ایالت	شهر	3. نشانی خیابانی جائی که زندگی میکنید
6. شماره تلفن کار	کد پستی	ایالت	شهر	5. نشانی پستی (اگر فرق داشته باشد)
7. نشانی پست الکترونیکی	9. من برای نکات زیر تقاضا میکنم (هر کدام که شامل میشوند، علامت بگذارید):			
8. شماره تلفن همراه	<input type="checkbox"/> غیره (لطفاً فهرست کنید) <input type="checkbox"/> نقد <input type="checkbox"/> مرافقیت خانه پرستاران <input type="checkbox"/> مساعده غذائی <input type="checkbox"/> درمان دارو-مخدره و الكل <input type="checkbox"/> مساعده پزشکی (زنگی همراه با کمک یا مرافقت در خانه) <input type="checkbox"/> COPES			
	10. چه مقدار پول انتظار دارید که خانوار شما را در این ماه دریافت کند؟			
	11. چه مقدار پول خانوار شما بصورت نقد یا در حساب بانکی دارد؟			
	12. چه مقدار پول خانوار شما برای کرایه خانه یا وام خانه پرداخت میکند؟			
	13. خانوار شما برای کدام یک از خدمات عام المنفعه (آب، برق، گاز، تلفن) پرداخت میکند <input type="checkbox"/> حرارت مرکزی / تهویه مطبوع <input type="checkbox"/> تلفن <input type="checkbox"/> غیره			
	14. آیا کسی در خانوار شما هست که کارگر فصلی یا کارگر مهاجر باشد؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر			

**FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service:**  Yes  No **Screener's Initials:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

15. من به مصاحبه از طریق تلفن احتیاج دارم برای اینکه، من:  سالمند هستم  از کارافتاده هستم  کار میکنیم  مشکلات دیگری دارم: \_\_\_\_\_
16. من به مترجم احتیاج دارم. من به این زبان صحبت میکنم: \_\_\_\_\_ یا  مترجم زبان کر و لال می خواهم که نامه های من به این زبان نوشته شوند: \_\_\_\_\_
17. اگر برای مساعده غذائی تقاضا میکنید، در خانوار خود برای چند نفر غذا میخورد و تهیه میکنید؟ \_\_\_\_\_
18. در 30 روز گذشته، من پول نقد، غذا، یا مساعده پزشکی از ایالت ما منبع دیگری دریافت کرده ام:  آری  خیر
19. من یا شخص دیگری که برایش تقاضا میکنم، به جرم بزرگ مربوط به مواد مخدر در ایالت دیگری که پس از تاریخ 8/21/96 رخ داده است محکوم شده ام شده است.  آری  خیر
20. من یا شخص دیگری که برایش تقاضا میکنم بعلت جرم بزرگی از رفت به دادگاه یا زندان از قانون متواتری هستم (هست):  آری  خیر
21. من یا شخصی در خانوار من دارای نکات زیر هستیم (آنچه که شامل میشود علامت بگذارید):  حاملگی، تاریخ وضع حمل: \_\_\_\_\_  
 اورژانس پزشکی  اعلامیه رفع تصرف  قطع آب، برق یا عدم حرارت \_\_\_\_\_  
 وضع خشونت خانوادگی  از کارافتادگی (نوع را فهرست کنید): \_\_\_\_\_
22. اطلاعات زیر داوطلبانه میباشد و برای تعیین واحد شرائط شدن مزایای شما استفاده نمیشود.  
 گذشته قومی من هیسپانیک یا لاتین است:  آری  خیر من خود را از نژاد علامت گذاشته شده میدانم (آنچه که شامل میشود علامت بگذارید):  سفید پوست  
 سیاه پوست یا آفریقائی آمریکائی  آسیائی  بومی هاوائی یا از جزیره نشینان دیگر اقیانوس آرام  
 سرخپوست آمریکائی یا بومی آلاسکائی، نام قبیله:  غیره (فهرست کنید): \_\_\_\_\_
23. تمام افراد در خانوار خود را فهرست کنید، حتی اگر برای آنها تقاضا نمیکنید (اگر لازم باشد صفحات اضافی را ضمیمه کنید).

جنسيت منذكر (م) مؤنث (ز)	برای غیر-متقادضیان انتخابی میباشد اگر تابعیت ندارید، آیا مدرکی برای نشان دادن وضع خود دارید؟ أرجي خير؟	تابعیت ایالات متحده أرجي خير؟	تاریخ تولد	آیا برای این شخص مزايا میخواهد؟ أرجي خير	این شخص با شما چه نسبتی دارد؟ أرجي خير	نام (اول، نام وسط، خانوادگی)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	خود	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



شماره هویت مشتری	شماره سوشل سکیوریتی	نام متقاضی		
<b>I. اطلاعات کلی</b>				
<p>1. تمام افرادی که برایشان تقاضا میکنم در ایالت واشینگتن زندگی میکنند: <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر اگر آری باشد (تاریخ را فهرست کنید): _____</p> <p>2. من یا شخصی در خانوار من بیگانه ضمانت شده است: <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>3. شخصی موقتاً از خانه من نقل مکان کرده است: <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر اگر آری باشد، چه کسی؟ _____</p> <p>4. من یا شخصی در خانوار من سرباز قدیمی یا وابسته یا همسر یک سرباز قدیمی هستم (میباشد) (زندگی یا فوت کرده باشد): <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>5. من زندگی میکنم در: <input type="checkbox"/> خانه یا آپارتمان خودم <input type="checkbox"/> خانه خانوادگی افراد بالغ <input type="checkbox"/> خانه گروهی <input type="checkbox"/> تسهیلات (نوع را فهرست کنید): _____</p> <p>6. من هستم: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> ازدواج کرده <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> غیره:</p>				
<b>II. اطلاعات بیمه سلامتی یا Medical</b>				
<p>من یا ما (خانه مورد نظر را علامت بگذارید):</p> <p>1. مشکلات بهداشتی-درمانی دارم (داریم) که مانع کار کردن من (ما) است ..... <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>2. صورت حساب های پزشکی پرداخت نشده دارم (داریم) ..... <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>3. در مورد صورت حساب های پرداخت نشده پزشکی برای هر یک از سه (3) ماه گذشته، به کمک احتیاج دارم (داریم) ..... <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>4. قصد دارم (داریم) وارد بشوم (بشویم)، یا اخیراً تسهیلات پزشکی را (مانند بیمارستان یا خانه پرستاران) را ترک کرده ام (کرده ایم) ..... <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>5. بیمه سلامتی دارم (داریم) (از جمله بیمه Tricare یا بیمه مراقبت دراز-مدت) ..... <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>6. Medicare دارم (داریم) (توجه: این چیزی که کوپون پزشکی خوانده میشود، نیست) ..... <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>7. تصادفی داشته ام (داشته ایم) که به مراقبت پزشکی نیاز دارد ..... <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر</p>				
<b>III. منابع</b>				
<p><b>اگر برای Medical کودکان یا فقط پزشکی حاملگی تقاضا میکنید، لازم نیست که این قسمت را تکمیل کنید.</b></p> <p>علاوه بر اقلامی که در زیر فهرست شده اند، نمونه های دیگر منابع عبارتند از: پول نقد، پولی که توسط دیگران حفظ میشود، فروش قرار دادها، چارپایان اهلی، محصولات کاشته شده، و ابزار کار و کسب.</p> <p>1. من، همسر من، یا شخصی که برایش تقاضا میکنم دارای منابع هستیم (هست): <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر اگر آری، لطفاً آنها را در زیر فهرست کنید:</p>				
نوع منابع؟	صاحب منابع چه شخصی است؟	منابع کجا هستند؟ (مثال: نام بانک)	قيمت یا ارزش	
حساب (های) چک	\$			
حساب (های) پس انداز یا تعاویز	\$			
پس انداز سپرده (CD) یا پول در حساب (های) مانی مارکت	\$			
حساب (های) مستمری سالیانه یا حساب اهانی (trust)	\$			
سهام، اوراق قرضه، یا حساب های مشترک (mutual)	\$			
وجوه بازنیشتنی یا IRA	\$			
وجوه تدفین، برنامه ها، یا زمین تدفین	\$			
بیمه عمر	\$			
ملک	\$			
غیره:	\$			
غیره:	\$			
2. من، همسر من، یا شخصی که برای او تقاضا میکنم منبعی را در پنج (5) سال گذشته، فروخته ایم، معامله، کرده ایم، هدیه داده ایم، یا انتقال داده ایم (شامل میشود: انتقال ها به مال حساب امانی یا ماترک زنده): <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر اگر آری است، چه چیزی: _____ چه زمانی: _____				
3. من یا کسی که برای او تقاضا میکنم، اتوموبیل های (از جمله: ماشین باری، مینی بوس-وان، موتور بت، و تریلی) زیر را دارم (دارد):				
سال (مثال: فورد) (1980)	مدل (مثال: اسکورت)	آیا این اتوموبیل lease شده است؟	من (ما) این اتوموبیل را برای مقاصد پزشکی استفاده میکنم (میکنیم).	من (ما) هنوز روی این ماشین قرض دارم (داریم).
		<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر



#### IV. درآمد

1. من، همسر من، یا شخصی که برای او تقاضا میکنم، درآمد دارد:  خیر  اگر آری باشد، لطفاً این قسمت را تکمیل کنید:

مبلغ ناخالص دریافت شده (مبلغ دلار قبل از کسر مالیات) \$ هر: <input type="checkbox"/> ساعت <input type="checkbox"/> هفته <input type="checkbox"/> دو هفت <input type="checkbox"/> ماهی دوبار <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> ساعات هفت تاریخ پرداختی ها (مثال: اول و 15-دهم ماه، یا هر جمعه): _____	نام و شماره کارفرما آیا این شغل آزاد است؟ <input type="checkbox"/> آری <input checked="" type="checkbox"/> خیر چه کسی درآمد را تهیه میکند: _____
مبلغ ناخالص دریافت شده (مبلغ دلار قبل از کسر مالیات) \$ هر: <input type="checkbox"/> ساعت <input type="checkbox"/> هفته <input type="checkbox"/> دو هفت <input type="checkbox"/> ماهی دوبار <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> ساعات هفت تاریخ پرداختی ها (مثال: اول و 15-دهم ماه، یا هر جمعه): _____	نام و شماره کارفرما آیا این شغل آزاد است؟ <input type="checkbox"/> آری <input checked="" type="checkbox"/> خیر چه کسی درآمد را تهیه میکند: _____

2. من، همسر من، یا شخصی که برای او تقاضا میکنم، کار خود را در 60 روز گذشته ترک کرده است.  آری  خیر

درآمد دیگر	درآمد میکند؟	مبلغ ناخالص ماهانه	چه کسی درآمد را کسب میکند؟	مبلغ ناخالص ماهانه	درآمد را کسب میکند؟	مبلغ ناخالص ماهانه	چه کسی درآمد را کسب میکند؟	درآمد میکند؟	مزایای عدم اشتغال
سوشل سکیوریتی		\$		\$		\$			سوشل سکیوریتی
درآمد متمم ایمنی (SSI)		\$		\$		\$			درآمد متمم ایمنی (SSI)
نفقه کودک یا ترمیم همسر		\$		\$		\$			نفقه کودک یا ترمیم همسر
بازنشستگی یا مقرری کار		\$		\$		\$			بازنشستگی یا مقرری کار
اداره سرباز قدیمی (Veterans Administration) یا ارتش		\$		\$		\$			اداره سرباز قدیمی (Veterans Administration) یا ارتش
کارگر و صنایع (Labor & Industries-L&I) یا مزایای بیمه، حساب امانی یا مقرری سالیانه		\$		\$		\$			کارگر و صنایع (Labor & Industries-L&I) یا مزایای بیمه، حساب امانی یا مقرری سالیانه
حساب (های) مستمری سالیانه یا حساب امانی (trust)		\$		\$		\$			حساب (های) مستمری سالیانه یا حساب امانی (trust)
غیره:		\$		\$		\$			غیره:

#### 7. خارج ماهیانه

کرایه	وام	فضای کرایه شده	مخارج	مالیات بر مالک	ارزیابی ملک
\$	\$	\$	\$	\$	\$

خدمات عام المنفعه (آنچه شامل میشود علامت بگذارید):  برق (**نه** حرارت)  تلفن  حرارت (گاز، الکتریک، روغن)  آب، فاضل آب، زباله شخص یا سازمان دیگری به من برای پرداخت تمام یا قسمتی از هزینه پناهگاه من کمک میکند:  آری  خیر  
اگر آری باشد، چه کسی: \_\_\_\_\_ مبلغی که آنها پرداخت میکند: \$ \_\_\_\_\_

من (ما) پرداخت میکنم (میکنیم) یا قرار است که پرداخت کنم (کنیم) (آنچه شامل میشود علامت بگذارید):	<input type="checkbox"/> مراقبت کودک یا مراقبت شخص وابسته	مبلغ ماهیانه:	<input type="checkbox"/> چه کسی پرداخت میکند:	\$
	<input type="checkbox"/> نفقه کودک	مبلغ ماهیانه:	<input type="checkbox"/> چه کسی پرداخت میکند:	\$
	<input type="checkbox"/> صورت حساب پژشکی	مبلغ ماهیانه:	<input type="checkbox"/> چه کسی پرداخت میکند:	\$

#### اعلامیه و امضاء

من خوانده ام (یا برای من توضیح داده اند): حقوق و مسئولیت هایم را و نسخه ای از (X-113-DSHS) حقوق و مسئولیت‌های مشتری را دریافت کرده ام. من باید تغییرات را نینچنانکه از طرف اداره الزام اور است، گزارش بدhem. من باید مدرک واحد شرائط بودن خود را ارائه بدهem. DSFS ممکن است که به من برای دریافت مدرک کمک کند یا با اشخاص یا سازمانهای دیگر در موردآن تماس بگیرد. با دریافت مساعدت موقتی به خانواده های نیازمند-TANF (Temporary Assistance to Needy Families-TANF) یا مزایای مراقبت پژشکی، من حقوق بخصوصی را به کودک یا حمایت مراقبت پژشکی به ایالت واشنگتن واکنار میکنم. تحت جزای شهادت دروغ اعلام میدارم که اطلاعاتی را که در این تقاضانامه ارائه داده ام صحیح استتو درست میباشد، و در حدآگاهی من کامل است. بارخواست و دریافت مزایای مراقبت پژشکی، من (ما) حقوق خود را (ما را) برای حمایت مراقبت پژشکی و هر پرداختی به شخص ثالث برای مراقبت پژشکی جهت پرداخت خدمات پژشکی تحت پوشش، در حین دریافت مزایای مراقبت پژشکی به ایالت واشنگتن واکنار میکنم (میکنیم). من متوجه هستم که اگر از روی نادرستی پول نقد، غذا، یا مساعدت پژشکی دریافت کنم برای اینکه قصدآ بیانات نادرست کرده باشم یا قصدآ از گزارش چیزی که می بایستی گزارش میدارم قصور کرده باشم، تحت تعقیب قانونی قرار میگیرم. متقاضی فقط زمانی باید امضاء کند که برای غذای ضروری درخواست میکند. اگر برای پول نقد درخواست میشود یا کمک پژشکی، تمام اعضاء بالغ خانوار باید امضاء کنند.

امضاء متقاضیان بالغ دیگر	تاریخ	تاریخ	امضاء متقاضی
امضاء شاهد اگر با "X" امضاء شده باشد	تاریخ	تاریخ	امضاء یاری دهنده یا نماینده

